

UNA DEFENSA MORAL DEL ABORTO TARDÍO

Por Ann Furedi

Ensayo: La Directora Ejecutiva del “*bpas*” (Servicio Británico de Asesoría en el Embarazo) exhorta a aquellos partidarios por el derecho a decidir, que ya no se encuentran tan entusiastas con esta causa, a recobrar su respeto por la autonomía moral de las mujeres.

La blogosfera ha estado haciendo alboroto en respuesta al llamado del escritor norteamericano Will Saletan a la comunidad por el derecho a decidir para que acepte las restricciones impuestas a los abortos tardíos. Saletan argumenta que los abortos tardíos serían innecesarios si las mujeres se comportaran responsablemente y la sociedad les suministrara los medios para que ellas lo hicieran así. Según él, la anticoncepción reduciría la tasa de aborto por medios voluntarios.

Nosotros deberíamos ver el uso apropiado de los anticonceptivos como una “práctica moral”, el aborto debería ser “re-estigmatizado” y las mujeres que requieren abortos repetidamente, deberían “estar en la mira” para que precisaran de una aprobación particular: “Un embarazo indeseado debe ser suficiente para advertirte a ti- y al doctor que aspira tu útero- de no correr ese riesgo otra vez”.

Estos argumentos han sido preparados minuciosamente por Saletan y otros, y son comunes tanto en Gran Bretaña como en los Estados Unidos. Hace dos años muchos parlamentarios británicos, que apoyaban el intento (fallido) de adelantar el tiempo límite para el aborto de las 24 semanas a las 20 semanas de gestación, pensaban que el aborto tardío era innecesario porque se podría prevenirse. Esta posición subyace a las leyes en la mayoría de los países europeos que permiten el aborto para “cualquiera que lo solicite” en la fase inicial, pero imponen restricciones estrictas a edades gestacionales mayores.

Saletan escribió un libro inteligente sobre el aborto y tiene una reputación de ser algo así como un filósofo, de tal manera que sus intervenciones recientes han atraído apoyo. En noviembre de 2010, en una conversación en *Bloggingheads TV*, Frances Kissling, Ex-presidenta de la organización estadounidense *Catholics for Choice* (Católicas por el Derecho a Decidir) sostuvo que, en virtud del desarrollo potencial de la vida fetal, ella estaba dispuesta a discutir la reversión del plazo legal al aborto sin restricción a las 18, las 16 ó hasta las 14 semanas. Ella fijó su posición de la siguiente manera: “En la medida en que las mujeres tengan un plazo de tiempo adecuado para tomar una decisión y que haya disposiciones para circunstancias inusuales que aparezcan después de ese plazo, yo estaría satisfecha.... Las mujeres tienen la obligación de tomar esta decisión tan pronto puedan”.

Kissling ya no habla en nombre de la organización de *Catholics for Choice*, que ha reforzado su respaldo a la decisión de las mujeres. Pero, en calidad de

académica visitante en la universidad de Pensilvania, sus comentarios han pesado.

La naturaleza acalorada del debate alrededor del aborto “tardío” es curiosa, dado que el aborto “temprano” está casi más allá de la controversia. Los países más desarrollados ahora aceptan que las mujeres deberían estar en la posición de tener acceso a abortos hasta edades gestacionales de 10 ó 12 semanas – el primer trimestre del embarazo - generando un poco de polémica o estigmatización en torno a los procedimientos. No obstante, es paradójico el hecho, que en la medida que el aborto recibe mayor aceptación, los procedimientos tardíos suscitan una preocupación creciente. E incluso, aun aquellos asociados con el movimiento por el derecho a decidir, han comenzado a expresar abiertamente sus dudas sobre si una mujer debería estar en posición de tomar la decisión de poner término a su embarazo, una vez que el feto empieza a parecerse cada vez más a un bebé.

¿Cómo podemos entender las razones para el cambio de enfoque con respecto a los criterios para tomar la decisión?

Aborto “temprano”

La diferencia de actitud de la sociedad sobre el aborto temprano y tardío es fácil de entender desde una perspectiva pragmática. Las sociedades democráticas modernas tienden hacia una escala de valores que son más relativos que absolutos. De esta forma, el aborto se percibe frecuentemente como “malo”, pero al mismo tiempo, se acepta como “lo que se debe hacer” *bajo ciertas circunstancias*. A nadie le gusta la idea del aborto, y todos están de acuerdo que sería mejor si los embarazos no deseados se pudiesen prevenir. No obstante, cuando la anticoncepción falla, o las personas fallan en utilizarla efectivamente, se ve el aborto - en términos generales - preferible a la alternativa de un nacimiento no deseado de una madre renuente a ser madre. En breve, el aborto es lo “menos malo”.

Sería difícil para la sociedad rechazar el apoyo (al menos, el apoyo calificado) del que goza el aborto y preservar otros valores en alta estima. Por ejemplo, la sociedad le atribuye una gran importancia al deseo de tener hijos y a la responsabilidad materna y paterna de su cuidado. Se ve como correcto y apropiado que las personas planeen sus familias. Al mismo tiempo, el sexo es visto como una parte normal y saludable de una relación adulta: la mayoría de la gente acepta que el sexo es una expresión de amor, intimidad y placer; hace tiempo que éste ya no está asociado con la intención de reproducción. De esto se desprende que la prevención de los hijos no planeados, no deseados sea vista como un acto responsable y moral.

Dado el hecho que la sociedad cree que los embarazos deberían prevenirse mediante la anticoncepción, también se deduce que cuando ésta falle, la sociedad acepta que el aborto pueda usarse como “un último recurso” para prevenir un nacimiento no deseado.

El Reino Unido basó su ley sobre el principio de que el aborto debe ser accesible a mujeres que “no estaban en forma” para tener hijos desde que su defensa legislativa en contra del aborto criminal fue codificada en la Ley de Aborto de 1967. Hoy en día, esta visión contiene lo siguiente: El aborto es un componente de la “salud pública”. La mayoría de casi todos los abortos son autorizados y financiados por el sistema de salud estatal y el acceso al aborto temprano ha sido parte oficial de las estrategias nacionales oficiales para mejorar la salud sexual.

Pero el aborto todavía precisa ser categorizado como “necesario”. Aún en etapas gestacionales tempranas, dos doctores deben certificar que se cumplen las causales legales. Un aborto se aprueba porque es la mejor “salida” para la mujer y su familia actual. En esencia, el aborto temprano está justificado pragmáticamente: es socialmente necesario porque, sin él, el gran número inevitable e irremediable de embarazos no deseados redundarían en el costo social de niños no deseados nacidos de madres renuentes a ser madres.

Esta justificación relativamente conservadora para el aborto es aceptada por la mayoría de la sociedad en las semanas tempranas del embarazo. Pero a medida que la gestación avanza, el apoyo dado al aborto se reduce por una combinación de razones prácticas, éticas y estéticas, que por lo general, son complejas de entender.

El problema del aborto tardío

Se contradice poco el hecho de que cuando el aborto se hace necesario, hay un caso clínico bien fundamentado que sostiene que éste debe practicarse tan pronto como sea posible. Los riesgos del aborto se incrementan con el tamaño y el desarrollo del feto, ya que las técnicas del aborto tardío son más especializadas y conllevan un mayor riesgo de complicaciones. A pesar de que cuales quieran que sean los riesgos elevados asociados con el aborto tardío son todavía menores que aquellos del parto llevado a término, el procedimiento es más exigente desde el punto de vista físico y emocional para las pacientes y los proveedores que en las semanas tempranas del embarazo.

El apoyo público al aborto temprano es mucho más fuerte que el dado al aborto tardío. El aborto temprano de un embrión irreconocible es más aceptable a los ojos de la opinión pública que un procedimiento que destruye el “bebé no nacido”, identificable como humano. La distinción ética entre un aborto de seis semanas y uno de 16 semanas es menos clara (y nosotros retornaremos a este punto), pero muchos sostienen el punto de vista de que el aborto temprano es “más correcto que incorrecto” mientras que el aborto tardío es “más incorrecto que correcto”, y por lo tanto, precisa una justificación especial.

El movimiento por el derecho a decidir ha tendido a esquivar un discurso moral, normativo, prefiriendo concentrarse en declaraciones veraces, que sostienen que los abortos tardíos son tan necesarios como los abortos tempranos y, de esta forma, pueden ser justificados basándose en las mismas causales.

Aceptamos que los abortos deben llevarse a cabo tan “pronto como sea posible”. Nosotros también hemos abogado por la idea de que es mejor prevenir la necesidad de abortos tardíos, y promovemos la anticoncepción. Nuestra defensa del segundo trimestre se ha basado en gran medida en la aceptación pragmática que el aborto temprano no es siempre una solución posible a un problema de embarazo y, que los abortos tardíos son necesarios, aunque lamentables. Nosotros creemos que la práctica de un aborto en el segundo y (aún en el tercer trimestre) es preferible a su negación, ya que la negación del aborto tiene consecuencias en la vida de una mujer, en las vidas que son afectadas por la vida de ella y en la vida de la criatura que nacerá.

¿Por qué tienen las mujeres abortos tardíos?

Sabemos que los abortos tardíos son necesarios porque conocemos la razón por la cual se solicitan. Las causales están bien documentadas en Europa y en los Estados Unidos, y, a pesar de que las circunstancias nacionales determinan algunos aspectos, las razones que argumentan las mujeres son, a grosso modo, las mismas. En los Estados Unidos, ellas tienden a señalar mayores problemas de acceso y costo, reflejando las dificultades con acceso y disponibilidad. En el Reino Unido, las razones para los retrasos son más idiosincráticas y están basadas en circunstancias personales, por lo general – sin embargo, de acuerdo a la investigación sobre las motivaciones que llevan a las mujeres a abortos tardíos, éstas no son menos contundentes.

En el Reino Unido sabemos que la proporción de mujeres que solicitan abortos después de las 20 semanas permanece considerablemente estable (aproximadamente el 2%), independientemente de los cambios para acceder a los servicios tempranos. Esto implica que un mejor acceso a un aborto temprano no reduciría la necesidad de procedimientos tardíos. Los doctores explican que hay unos pocos abortos tardíos debido a que las mujeres raramente los solicitan. Muchas mujeres, que hubieran podido tener algunos escrúpulos con respecto a la opción de terminar un embarazo en estas semanas tempranas, se ven reacias al pensamiento de terminar una vida que ellas han sentido que se les mueve en su vientre. Una inducción médica tardía, o un procedimiento quirúrgico, no es un asunto trivial.

En febrero de 2008, el Servicio Británico de Asesoría para el Embarazo (*bpas*), que provee la mayoría de los procedimientos en el Reino Unido entre 20 y 24 semanas de gestación, revisó los casos de todas las mujeres que requerían un aborto después de 22 semanas de gestación. Durante este período de 28 días, se documentaron las solicitudes de 32 mujeres entre 14 y 31 años. Una tabla con los resúmenes de los casos se adicionó al final de este ensayo, con el comentario del *bpas*, que se emitió en ese momento.

Esta información es interesante a la luz de los comentarios hechos por Saletan y Kissling, que implican que las mujeres se tardan en tomar “su” decisión *innecesariamente* y que el tiempo adecuado de una mujer para decidirse sería de 18 semanas o menos (con una disposición especial para aquellas en “circunstancias excepcionales”. Llama la atención que las circunstancias de

todas las mujeres que asisten a la clínica del *bpas* puedan ser vistas, bien como “excepcionales” (como excepcionalmente difíciles y complejas) o “corrientes” (es decir, tan similares en cuanto a sus causas).

Puede parecer una actitud muy laxa en una mujer el “no darse cuenta que está embarazada” cuatro o cinco meses después de que ha engendrado, hasta que uno considere cuántas de estas mujeres no estaban menstruando por varias razones, o no pensaron que ellas pudiesen estar embarazadas – a veces, porque ellas habían estado usando la anticoncepción de forma “responsable”. Cuando esto se tiene en cuenta, el retardo de las mujeres parece ser bastante comprensible. Cada caso en particular puede verse en esta manera – incluyendo las mujeres, cuyas circunstancias cambian “radicalmente” durante el embarazo, porque una relación terminó o se identificó una anomalía fetal, y las adolescentes, quienes están “supremamente” inclinadas a negar o disimular su embarazo.

Si nuestra defensa del aborto es simplemente una respuesta pragmática a las necesidades de una mujer con un problema de embarazo, entonces no hay razón alguna para asumir que se requiere alguna justificación de mayor peso para procedimientos más tempranos.

Si nosotros pensamos que los abortos tardíos deberían ser sólo una opción en circunstancias excepcionales, nos debemos preguntar lo siguiente: ¿Quién decide cuáles deben ser aquellas circunstancias y qué hace de una circunstancia el que sea “excepcional” y ¿quién -pensamos nosotros- está en mejor posición que la mujer misma para entender y juzgar su situación? ¿Por qué no confiamos en que las mujeres tomen la decisión sobre si sus propias circunstancias son lo suficientemente excepcionales. ¿Dudamos de lo que otros individuos encuentran excepcionalmente contundente sobre su caso no sea lo suficientemente contundente para *nosotros*? ¿Tememos que otros no posean la capacidad suficiente para sopesar “lo bueno y/o lo malo” tan precisamente como nosotros lo hacemos?

Lo anterior nos lleva al ámbito del argumento moral y es correcto que sea de esa forma. Nosotros deberíamos deliberar si la decisión de terminar un embarazo es un asunto de la conciencia individual o si debe ser justificada a otros, conforme a un criterio definido. Una discusión basada en la decisión pragmática no aborda ni puede abordar esto.

La ética del aborto tardío

El problema ético es obvio para aquellos que creen que el aborto es absolutamente malo y no debería ser sólo una cuestión de una decisión individual o personal. Igualmente, existe un poco de ambigüedad para aquellos que creen que una mujer tiene autonomía absoluta para decidir sobre el futuro de su embarazo. La dificultad existe sólo para aquellos que tratan de estar a ambos lados de la brecha entre esas posiciones fundamentales y argumentan que el aborto debería ser una opción de la mujer, pero que en las etapas tardías del embarazo, esta opción debería limitarse.

Estos “ambivalentes éticos”, constituyen una parte sustancial de la comunidad por el derecho a decidir. Marge Berer, editora de la revista *Reproductive Health Matters* (Asuntos de Salud Reproductiva), advirtió sabiamente en una conferencia lo siguiente: “el límite de la edad gestacional para practicar abortos que debería ser permitido y llevado a cabo, es una cuestión de mucha controversia en casi todo el mundo, excepto en las mujeres que lo necesitan.” Ella pudo haber añadido que incluso muchas mujeres que solicitan abortos deberían saber que el aborto tardío es malo, pero en su caso particular es “excepcional.”

“Para mí el argumento para un enfoque gradualista consistente en que la corrección o incorrección ética del aborto depende de la edad gestacional del feto, es débil, carece de consistencia intelectual y parece acomodado a la decisión particular. Parece más bien un argumento instrumental para justificar el acceso de las mujeres, de acuerdo a una preferencia personal; permitirlo cuando “yo lo apruebo” y negarlo cuando “yo no lo apruebo”. Exceptuando a aquellos que piensan que el aborto siempre es un hecho indebido, la mayoría de nosotros tiene preferencias personales e inclinaciones subjetivas, que hacen que nosotros sintamos más empatía por algunas de las solicitudes de las mujeres y por otras no”; por ejemplo, algunos de nosotros se identifican con la mujer que solicita un aborto, basándose en la causal de la anormalidad fetal, a algunos de nosotros nos horroriza su pensamiento. Algunos de nosotros seremos compasivos con una mujer que quiere terminar con un embarazo porque el condón se quedó en el empaque; algunos de nosotros pensaremos que no lo merece. Algunos de nosotros sentiremos personalmente que un aborto es aceptable en un embarazo temprano, pero no lo es cuando ha transcurrido más tiempo.

Si somos honestos, probablemente admitiremos que todos hacemos juicios sobre qué abortos creemos que son correctos y cuáles incorrectos, así como las mujeres lo hacen para ellas. Pero hay un mundo de diferencias entre hacer un juicio individual y tratar de obligar a otros a tomar una decisión para ellos, que nosotros no tomaríamos. Nuestros colegas, que argumentan que debería existir una mayor justificación para un aborto de x semanas, no son realmente diferentes de aquellos doctores que argumentan que, antes de aprobar la solicitud de una mujer, ella debería de justificar el error al utilizar la anticoncepción o bien, la razón por la cual ella está volviendo por un segundo procedimiento. En esencia, lo que ellos están diciendo es que el aborto debería ser aprobado cuando yo lo apruebo y desaprobado cuando yo no lo apruebo.

Para los “ambivalentes éticos” preocupados por la gestación, debemos preguntarnos lo siguiente: “¿Existe algo cualitativamente diferente de un feto de - por decir algo - 28 semanas, para que le den a él un status moralmente diferente al de un feto de 18 semanas o incluso a uno de 8 semanas?” Seguramente él se ve diferente en razón a que su desarrollo físico ha avanzado. A las 28 semanas nosotros podemos ver que es humano - a las 8 semanas un embrión humano se parece mucho más al del hámster. ¿Pero somos realmente tan frívolos, tan veleidosos como para dejar que nuestra

visión sobre el valor moral sea determinada por la apariencia? Incluso con 5 semanas nosotros podemos ver sólo un polo embrionario.

Las declaraciones de que el feto tiene un “potencial de desarrollo” tienen muy poco sentido. El potencial del feto no evoluciona; sólo es. Un feto puede aproximarse a desarrollar este potencial a medida en que se desarrolla y a medida que se acerca su nacimiento, pero el potencial no cambia. De hecho, desde el momento de la concepción, tan pronto como las células del embrión se empiezan a dividir, se empieza a crear una entidad con potencial para convertirse en una persona. Es el producto de un hombre y una mujer, pero distinto a ellos. Tiene una DNA único y, a menos que su desarrollo sea interrumpido o falle, nacerá como un bebé.

Aceptar que el blastocito o el embrión tiene el potencial de convertirse en una persona no es decir que debe tratarse como una persona, o incluso, asignársele un valor moral por su potencialidad. Tal como lo argumenta el profesor eticista John Harris, todos estamos potencialmente muertos, pero eso no significa que nosotros tratemos a las personas como si ya estuvieran muertas.

El hecho de que una entidad biológica sea una persona en potencia no significa que debemos tratarla como una persona – o incluso considerar su estatus moral como especial. Podríamos desear hacer esto porque podemos sentir algo que tenga la potencialidad de ser una persona tenga mayor valor que algo que no lo tiene. Podemos sentir que un embrión humano posee un estatus moral mayor que un gato (el cual, por sus habilidades conscientes y su percepción sensorial, nunca puede llegar a ser una persona humana), o podemos creer que un gato tiene mayores derechos morales que un embrión, que es potencialmente una persona, pero aun no un ser independiente viviente. Ambas posiciones pueden presentarse como argumentos consistentes, racionales y lógicos.

Pero es difícil ver cómo se puede argumentar que a un feto se le deba asignar un estatus moral, que difiera en diferentes etapas de su desarrollo sobre la base del “potencial evolutivo” en razón a que un feto de 28 semanas no es más o menos potencialmente una persona que un feto de ocho semanas.

Si es la “aproximación” al desarrollo total del potencial del feto lo que cambia su estatus moral, entonces parece que existe un problema difícil para encontrar una justificación moral – distinta de una pragmática – que consiste en saber, cuándo está lo suficientemente cerca para hacer que el estatus cambie. Debido a que un feto se acerca a desarrollar su potencial desde el día de su concepción y está constantemente evolucionando a medida que crece, ¿qué día – o qué cambio en el desarrollo- importa desde el punto de vista moral? ¿Es cuándo hay una evidencia de un corazón latente, o un movimiento fetal, o un desarrollo particular neurológico o cerebral? ¿Quién toma esta decisión? ¿Y por qué?

Me parece que el intento de asignar un significado moral “gradualista” al desarrollo del feto es poco más que un intento de disfrazar una reacción

personal de argumento ético. Eso ejemplifica el pensamiento que comienza de una suposición *a priori* de que algo está “mal”, y entonces trata de construir un argumento para justificar lo malo. En este caso la suposición es que los abortos tardíos son “malos” y los argumentos sobre el significado del potencial en desarrollo del feto son un camino elevado intelectualmente de justificar una suposición que es, de hecho, no más que un prejuicio.

El caso de permitir el aborto “tan tarde como sea necesario”

Para resumir: ¿Por qué debemos asumir que los abortos tardíos son “malos” – o, por lo menos “más malos” que los tempranos? No existe evidencia clínica de que los abortos tardíos sean perjudiciales, y, ciertamente, no más perjudiciales que coaccionar a una mujer reacia a soportar un embarazo a término completo y un parto. Los abortos tardíos son, sin lugar a dudas, desgastantes, tanto para la paciente, como para el proveedor, pero nosotros asumimos que ambos han tomado una decisión consciente para llevar a cabo el procedimiento. La vida que se destruye no es ni menos ni más la persona potencial que era en el embarazo temprano. Los abortos tardíos pueden costar más y usan recursos escasos, pero las implicaciones de la financiación son un problema aparte y distinto de la ética del procedimiento per se.

Por último, la distinción entre aborto temprano y tardío parece reducible a nuestra reacción a la apariencia del feto- lo que explica por qué se le ha atribuido tanta influencia al desarrollo de la imagen fetal de alta resolución, la cual nos ha permitido ver el feto en el útero. El argumento parece reducible a esto: Se ve más como un(a) niño(a), por lo tanto debe tratarse más como un(a) niño(a).

Indudablemente es mucho más difícil aprobar la destrucción de un feto, una vez que se vea como un bebé miniatura que antes de que las partes de su cuerpo sean visibles. Es aún más difícil cuando una ecografía muestra movimientos que traen a la mente gestos familiares encantadores – “un bostezo”, “chupándose el pulgar y los deditos que se doblan como para coger algo” y cuando podemos ver si es un niño o una niña. Esta es una respuesta suficiente cuando se expresa como una observación personal y subjetiva. No obstante, parece ilegítimo -ya bien sea por deshonestidad o por superficialidad- disfrazarla como un principio filosófico moral.

El principio moral en juego en el debate sobre los abortos tardíos, el que importa genuinamente, se ha ignorado completamente en discusiones recientes. Este es el principio de la autonomía moral en torno a las decisiones reproductivas. Argumentar que una mujer no debería ser capaz de tomar una decisión moral sobre el futuro de un embarazo porque ya han pasado 20 ó 18 ó 16 semanas, asalta este principio y, al asaltarlo, asalta la tradición de la libertad de conciencia que existe en la sociedad pluralista moderna.

El eticista Ronald Dworkin explica esto de la siguiente manera: “La característica más importante de (la cultura política occidental) es la creencia en la dignidad humana individual; que la gente tiene el derecho moral – y la

responsabilidad moral - de confrontar las cuestiones más fundamentales sobre el significado y los valores de sus propias vidas por ellos mismos, contestando a sus propias conciencias y convicciones.”

Si nosotros aceptamos esto, es evidente que negarle a una mujer su capacidad de tomar la decisión moral sobre el aborto es despojarla de su humanidad. No es de sólo quitarle un derecho pero también una responsabilidad de llegar a una decisión que esté de acuerdo con sus valores. Esto tiene profundas consecuencias en lo que concierne la forma de cómo vemos a los individuos y cómo ellos se ven a sí mismos. ¿Son agentes morales capaces? ¿O se les debe despojar de su libre albedrío?

El argumento de Dworkin es interesante porque, como la mayoría de los que participamos en los debates actuales, él cree que es “irresponsable el desperdiciar una vida humana sin una justificación de importancia adecuada! No es claro si él hace extensivo ese principio a la vida humana potencial, pero yo estoy preparado para ello. La mayoría de nosotros piensa que es mejor prevenir un embarazo que terminar otro. No obstante, éste no es el asunto que está en riesgo: podemos tener todas nuestras posturas sobre cuándo la vida empieza a importar. Las preguntas cruciales son: ¿Quién decide qué es “una justificación de importancia apropiada”?, y ¿sobre qué base deben ellos decidir esto?

Saletan abogó previamente por juntas hospitalarias que juzguen y adjudiquen las peticiones de las mujeres. Dworkin argumenta que “la decisión de dar término a la vida humana en el embarazo temprano debería dejarse a la mujer embarazada, la persona cuya conciencia está más directamente conectada con la opción y quién más está en juego aquí. Dworkin no afirma que esta decisión debiera limitarse al embarazo temprano; y en el embarazo tardío, también, yo creo que la decisión, y la responsabilidad que viene con ella debería quedar en manos de la mujer embarazada.

Si quedan libradas a emitir sus propios juicios morales, algunas mujeres tomarán inevitablemente decisiones que nosotros no tomaríamos; de pronto aquellos aún aquellas que nosotros consideramos que están “mal”. Y nosotros debemos vivir con eso: la tolerancia es el precio que nosotros pagamos por nuestra libertad de conciencia en un mundo donde las mujeres pueden ejercitar su capacidad humana a través de su expresión moral. Bien apoyamos el libre albedrío de las mujeres o bien no lo apoyamos. Parte de nuestra ponderación de la vida fetal es el valor de lo que significa ser los humanos en los que los fetos tienen el potencial de convertirse. El libre albedrío moral es parte de esa humanidad.

El caso moral para el aborto tardío, y para preservar el derecho de las mujeres a ejercer su albedrío moral al tomar su decisión, es por lo menos tan fuerte como el caso pragmático. Y nuestro caso normativo y moral es más sólido y tiene un alcance más profundo que los intentos ad hoc para encontrar un razonamiento moral con la finalidad de restringir el aborto tardío. Bien apoyamos el derecho de las mujeres a tomar una decisión con respecto al aborto o bien no lo apoyamos. Podemos juzgar que su opción está mal – pero

nosotros debemos tolerar su derecho a decidir. No hay terreno neutral por el cual tomar partido.

Ann Furedi es la Directora Ejecutiva del *bpas*, Servicio Británico de Asesoría sobre el Embarazo.

Apéndice:

El Servicio Británico de Asesoría en el Embarazo suministra un servicio especializado para mujeres que requieren abortos que se aproximan al tiempo límite actual de aborto de 24 semanas, que se estipula en el Reino Unido. La mayoría de estos procedimientos se llevan a cabo en nombre del Servicio Nacional de Salud (SNH). Para documentar el debate sobre la razón por la cual las mujeres solicitan abortos después de las 2 semanas de gestación nosotros revisamos, y grabamos *abajo* tales solicitudes durante un período de 28 días en 2008. Para presentar esta idea tan objetivamente como se pueda, la tabla de abajo relaciona estas clientes en el orden en el que se presentaron a nuestro servicio.

Creemos que estos 32 casos suministran evidencia contundente sobre la razón por la cual el tiempo límite para abortar no debería reducirse – aún en tan poco como dos semanas. Éstos también ilustran las circunstancias complejas y difíciles que estas mujeres afrontan y el sufrimiento que se causaría (frecuentemente a sus familias) si a estas mujeres no se les permitiera acceder al aborto. Muchas de estas mujeres ya son madres, y están solicitando dar término a su embarazo porque sienten que es necesario mantener su vida familiar existente. Muchas otras son mujeres que se sienten incapaces de ser madres “lo suficientemente buenas”.

Usted se dará cuenta que cinco de estas 32 clientes se encontraban por encima del límite de tiempo gestacional existente, y no pudieron tratarse; a otra paciente no se le pudo programar una cita para el tratamiento, a pesar de haberse presentado antes de las 24 semanas.

Cliente	Edad	EG (s*,d*)	Circunstancias
1	23	23s	Ya tiene dos hijos y siente que simplemente no puede lidiar con un tercero. En retardo porque le fue muy difícil tomar esa decisión.
2	21	23s, 4 d	El embarazo no fue planeado pero iba a conservar el bebé. No obstante, a ella y a su compañero les llegó una notificación de desalojo y no tenían un sitio para vivir que fuera apropiado para un bebé.
3	18	22s, 4d	Tuvo un aborto médico temprano hace 14 semanas. El test de embarazo de 4 semanas después fue negativo y ella se mandó a colocar un implante. No

			tenía idea de que pudiera estar embarazada.
4	16	21s, 2d	Tiene una relación y dice que tuvo relaciones sexuales sólo una vez. Pensó que de pronto pudiera estar embarazada, pero no se lo dijo a nadie y “esperó que eso desapareciera”. Finalmente le contó a sus padres, quienes la apoyan en la decisión que tomara. Estaba aún insegura y ella y sus padres pensaban que ella necesitaba más tiempo para llegar a tomar la decisión correcta. Se apartó una cita provisionalmente en caso de que ella quisiera proceder con el aborto.
5	14	23s, 5d	Siente que es demasiado joven para tener un bebé. Los períodos comenzaron el año pasado, pero nunca fueron regulares, así que no puso atención al hecho que pudiese estar embarazada. No sabía a dónde acudir por ayuda. No se sentía capaz de contárselo a sus padres. Finalmente se armó de valor para ir a ver a la enfermera del colegio.
6	28	22s,	En una relación de larga data. Tiene tres hijos de nueve, tres y dos años. El hijo del medio sufre del síndrome de Down. Ella estaba enterada de su embarazo y sentía que el aborto era su mejor opción por “algún tiempo”, pero cuando al hijo con el síndrome de Down le programaron una cirugía del corazón ella “intentó quitárselo” de la cabeza hasta que la cirugía hubiera acabado.
7	31	25s, 1d	Drogadicta en el programa de Metadona. Su medicamento indica que ella no tiene períodos, de forma tal que no se había dado cuenta que estaba embarazada. Siente que tener ese bebé la “desesperaría” <l> Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su médico general para arreglar lo pertinente a la atención prenatal futura.</l>.
8	27	22s, 1d	Los tres hijos actuales de 5años, 6 años y 10 meses están en bienestar infantil, ya que la madre es una drogadicta en el programa de metadona y no estaba en capacidad de criarlos. Si tuviera otro hijo ahora, sabría que también sería llevado a bienestar. Ella está esperando un cupo en el programa de rehabilitación. Ella se siente triste por tener que abortar, pero siente que es la mejor decisión, ya que su prioridad es recuperar a sus hijos.
9	23	23s,	Tiene un hijo de un año con su compañero de hace años. Planeó continuar su embarazo, pero su relación terminó y ella se siente incapaz de criar a dos hijos por cuenta propia. Ella siente que ella necesita ahora conservar su trabajo para sostener a un hijo actual y eso no sería posible para otro bebé.

10	32	22s, 4d,	Tiene tres hijos. Ha estado bebiendo excesivamente y usando cocaína. Continuaría este embarazo pero leyó sobre los efectos del alcohol y el abuso de drogas en el feto y ya no se siente capaz de seguir adelante con el embarazo por el riesgo -del que se percató- de los problemas que hubiera podido haber ocasionado.
11	19	22s, 1d	Tiene un bebé de nueve meses y todavía está amamantándolo. Vive con sus padres y se siente incapaz de lidiar emocional- o financieramente con un nuevo bebé. Ella dice que ella sospechaba que estaba embarazada, pero las pruebas que se hizo salieron negativas.
12	24	22s, 1d	Tiene dos hijas menores de 5 años de un matrimonio previo. Este embarazo no fue planeado, pero su compañero de ese entonces la persuadió para que continuara. Entonces descubrió que él estaba abusando de sus hijas. Cuando ella le avisó a la policía, él se fugó.
13	24	26s, 2d	Había continuado teniendo sangrados como en el período hasta hace poco y no tenía idea de que pudiera estar embarazada. <l> Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su médico general para arreglar lo pertinente a la atención pre-natal futura. .</l>
14	22	22s, 5d	Estudiante universitaria. Había seguido teniendo sangrados hasta hace poco y no tenía idea de que pudiese estar embarazada. Tenía una condición médica complicada pre-existente que significaba que no sería seguro tratarla en lugar distinto a un hospital del SNS; No obstante, ninguno de éstos últimos tenían disponibilidad de citas. Se remitió de vuelta al médico general para la coordinar lo pertinente a la atención pre-natal y la adopción.
15	15	23s, 4d	Sostuvo relaciones sexuales por primera vez para saber cómo eran. Pensó que pudiera estar embarazada, pero se desentendió del asunto esperando que desapareciera. Empezó a hacerse daño, dándose puñetazos en el estómago y provocándose el vómito. La madre la llevó al médico general sospechando que se trataba de una bulimia y se detectó el embarazo.
16	20	23s	Sólo se dio cuenta de que estaba embarazada a las 19 semanas porque sus períodos habían sido siempre muy irregulares. El médico general le informó erróneamente que un aborto no sería posible a esa edad de gestación y la remitió a atención pre-natal. Ella esperó 2 semanas para obtener una cita, y se le dijo otra vez que el aborto sería imposible. Se

			enteró del <i>bpas</i> por una de sus amistades.
17	19	22 s	Siguió teniendo sangrados mensuales leves durante el embarazo, de forma tal que no se le ocurrió que pudiera estar embarazada. Ella es estudiante universitaria y se siente incapaz de lidiar con un bebé.
18	22	22s, 3d	Madre soltera con un hijo. Inicialmente había decidido continuar con el embarazo, que no fue planeado, pero ahora piensa que no puede lidiar con dos hijos por su cuenta.
19	29	25s	No puede recordar cuándo fue su último período. Normalmente confiaba en la píldora anticonceptiva, pero dice que la toma irregularmente. Su esposo trata de acordarse de usar el condón, pero se le olvida frecuentemente. Ella estaba teniendo náuseas y vómito, pero lo había atribuido al estrés de haber perdido su trabajo. <l> Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su médico general para arreglar lo pertinente a la atención pre-natal futura. .</l>
20	19	22s, 3d	Sus períodos siempre habían sido irregulares y ella nunca había sostenido relaciones sexuales sin condón, de forma tal que le tomó algún tiempo sospechar que pudiera estar embarazada. Ella se había aplicado un test de embarazo casero algunas semanas antes y fue a su médico general al día siguiente. La consecución de la cita con el hospital del Servicio Nacional de Salud local, responsable por su servicio de aborto local, demoró tres semanas. La examinaron cuando tenía 21 semanas y 1 día de edad gestacional, lo que estaba por encima del tiempo límite de dicha institución. Fue cuando se enteró del <i>bpas</i> .
21	27	23s, 2d	Ya tiene dos hijos pequeños con su esposo, y ellos no creen que puedan lidiar con un nuevo bebé. Ella se dio cuenta de que estaba embarazada en una etapa temprana del embarazo y fue a consulta con su médico general, quien le dijo que al estar “en forma y saludable” ningún médico le haría un aborto. Un amigo de la familia le otorgó detalles de una clínica del Servicio Nacional de Salud local, pero le fue imposible conseguir una cita en tres semanas. Entonces se le informó de que había sobrepasado el límite para el servicio local (12 semanas) y, así las cosas, se remitió al <i>bpas</i> . Se demoró otra semana para solicitar la cita porque estaba “aterrorizada de que la reprendieran por haber dejado que su embarazo haya llegado a una fase tan avanzada”.
22	25	23s,	Ya tiene 4 niños pequeños. Tenía sangrados

		5d	<p>mensuales durante el embarazo, de forma tal que no se percató que estaba embarazada. Fue a consultar al médico general cuando comenzó a sentir movimiento fetal. El médico general le informó erróneamente que tenía 14 semanas de embarazo y, así, ella no se dio cuenta de la urgencia de su situación. <l> Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su médico general para arreglar lo pertinente a la atención pre-natal futura.</l></p>
23	23	22s	<p>Se dio cuenta de que no había tenido varios períodos y que, algunos meses atrás, un condón se había roto durante una relación sexual. Ella trató de “sacarlo de su mente” y concentrarse en su trabajo universitario. Finalmente ella le confió su situación al asesor estudiantil, quien le sugirió el <i>bpas</i>.</p>
24	17	24s, 2d	<p>Confió en la píldora anticonceptiva para el control de la natalidad. Ella sabía que no había tomado algunas píldoras hace algunos meses y se hizo la prueba de embarazo cuando no le llegó el período. La prueba de embarazo fue negativa y se dejó de preocupar porque tuvo un sangrado parecido al del período. Se aplicó otras dos pruebas de embarazo al no llegarle el período siguiente. Ambos arrojaron resultados negativos. Vive con su padre y no se sintió capaz de confiarle esta situación. Finalmente habló con la madre, quien la llevó al médico general, quien, a su vez, la remitió al <i>bpas</i>.</p> <p><l> Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su médico general para arreglar lo pertinente a la atención pre-natal futura.</l></p>
25	23	25s	<p>Sabía que no había tenido el período “por meses” pero se “desentendió” por algún tiempo antes de ir al médico general. No estaba informada que había un límite legal para el aborto, de manera tal que no sintió necesidad de actuar a pesar de que no sabría lidiar con un nuevo bebé y seguir con los pagos de su casa. <i>Dado que había sobrepasado el actual límite gestacional legal, no hubo más alternativa que remitirla de vuelta a su <l> médico generalista para arreglar lo pertinente a atención pre-natal futura.</l></i></p>
26	20	23s 1d	<p>Estudiante universitaria en tratamiento de depresión. Ella pensó que su ganancia de peso y náuseas eran efectos colaterales de su medicación y fue al médico general a solicitarle una fórmula diferente. El médico general le diagnosticó el embarazo.</p>
27	22	23s, 5d	<p>Vive en la casa con su madre. Muy ambivalente sobre si sigue con el aborto o no. Había estado “forcejeando” con la decisión por algún tiempo. Su</p>

			compañero la apoyaría sin importar la decisión que ella tomara. Después de la asesoría, ella decidió que seguiría con el embarazo y se sintió contenta de no haber tomado una decisión apresurada.
28	18	30s	Pensó que tenía aproximadamente 18 semanas de embarazo. Tiene un matrimonio arreglado en el subcontinente indio en el verano con la expectativa que ella era virgen. Ella no le había contado a nadie acerca de su situación por temor, bochorno y vergüenza. Un aborto no fue posible porque había sobrepasado el límite de edad gestacional. Los consejeros del <i>bpas</i> coordinaron para que recibiera una ayuda de mediación con su familia y alojamiento de emergencia potencial en caso de que lo necesitara.
29	23	22s	Ya tiene dos hijos menores de 7 años. Éste fue un embarazo planeado. Se detectaron varias malformaciones faciales durante una ecografía. La solicitud de aborto se hizo después de varias charlas con el grupo de atención adjunto a la unidad de maternidad local. El cirujano plástico dijo que si el bebé nacía, tendría que someterse a cirugía repetitiva y a enfrentar una mala calidad de vida. La unidad del Servicio Nacional de Salud estaba preparada para terminar el embarazo, pero no había sido capaz de dar una fecha para esto. La pareja sintió que “necesitaban clausurar el tema” y no podían manejar la incertidumbre. Ellos pagaron por su cuenta para asistir a una clínica del <i>bpas</i> .
30	27	23s, 2d	Ya tiene tres hijos, de los cuales uno está al cuidado del bienestar infantil. Inicialmente llegó al <i>bpas</i> cuando sólo tenía 7 semanas de embarazo. Faltó a 2 citas para el tratamiento, ya que tenía dificultades para viajar y no encontró quién le cuidara sus hijos. Es drogadicta.
31	23	22s, 3d	Llegó al Reino Unido en calidad de refugiada de Asia Oriental con su esposo, que después la abandonó. Está viviendo en un hostal. No habla inglés. No se sabe a dónde ir para pedir ayuda. Se siente incapaz de criar a un bebé en estas circunstancias.
32	18	22s	Pensó que sólo tenía 9 semanas de embarazo. Siente que no está emocionalmente lista para la maternidad y no tiene medios financieros para sostener un hijo.

s=semanas; d= días

Marzo 2008

bpas

Fuente: <http://www.spiked-online.com/index.php/site/article/10015/> (traducción libre)